

## ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

ЛЫСЕНКО О.В.\*, ЛЫСЕНКО С.В.\*\*

*Витебский государственный медицинский университет\*,  
кафедра акушерства и гинекологии,  
Международный институт трудовых и социальных отношений\*\**

**Резюме.** Работа посвящена объяснению психофизиологического состояния женщины и ее плода во время беременности и путей его оптимизации.

**Ключевые слова:** беременность, психофизиология.

**Abstract.** This investigation is dedicated to the explanation of psychophysiological state of the woman and her foetus during pregnancy and the ways of its optimization.

Среди многочисленных проблем современной медицины проблема сочетанной психосоматической патологии в наибольшей степени объединяет специалистов разных профессий. Проблема физического и психического здоровья человека очень широка и многогранна. Во все времена умы целителей и врачей были заняты тем, чтобы облегчить и улучшить жизнь людей. Выдающиеся клиницисты прошлого века – С.П. Боткин, А. Труссо и другие – придавали большое значение психическому фактору в происхождении и течении многих болезней. Несомненно, что врач на своем пути встречается с пациентом как с данностью, в первую очередь с человеком, с его телесным и душевным здоровьем или отсутствием такового.

На важность междисциплинарного подхода к акушерским проблемам указывали такие отечественные клиницисты, как С.Н. Астахов (1956г.), М.А. Петров-Маслаков (1977г.), В.И. Бодяжина и др. Речь идет об образе медицинского мышления, допускающего, что не только

психические заболевания, но и такие психические факторы, как отрицательные эмоции, психическое напряжение, психическое утомление, тревога, депрессии и др. могут являться этиологическим фактором возникновения акушерских осложнений.

В большинстве случаев психосоматические нарушения в акушерстве не вызывают какого-либо структурного повреждения органа. Функциональный и фазовый характер репродуктивной системы и эмоциональной атмосферы, окружающей ее, создают ситуационный физиологический стресс. Биологические, эмоциональные и функциональные модификации этого физиологического стресса могут легко трансформировать нормальную ситуацию в ситуацию патологического стресса, создавая условия психосоматического риска. Конфликты между супругами, родителями и детьми, отсутствие мужа, неудовлетворительные материально-бытовые условия являются психосоциальными стрессорами современного общества, увеличивающими риск возникновения акушерских осложнений.

При действии стрессовых факторов человек отвечает, главным образом, эмоциональными

*Адрес для корреспонденции:* 210023, г. Витебск, пр. Фрунзе, 27, Витебский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии - Лысенко О.В.

ми реакциями, и проблема стресса является, в основном, проблемой эмоционального стресса. К.В. Судakovым было показано, что наиболее реактивным к действию экстремальных и повреждающих факторов является эмоциональный аппарат, который первым включается в стрессовую реакцию. Это связано с тем, что эмоции включены в архитектуру любого целенаправленного поведенческого акта.

Ф.И. Фурдуй отмечает, что стрессовая реакция на психическую ситуацию осуществляется по следующему пути: кора головного мозга – лимбическая система – каудальный отдел подбугорной области – спинной мозг – брюшные нервы – мозговое вещество надпочечников – адреналин – нейрогипофиз – АКТГ – кора надпочечников.

При стрессе может изменяться деятельность не только гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой, но и гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной и других систем.

Что касается проявления функции системы гипофиз – гонады – в условиях стресса, то, как считают Н.П. Гончаров и соавт., она почти не изучена, а имеющиеся данные противоречивы.

Наименее изученным являются центральные механизмы регуляции сократительной функции матки и сам эффектор – матка. В наше время ряд физиологов и клиницистов подчеркивают исключительное положение матки среди гладкомышечных органов вследствие особой функции, отличий в строении и реагировании на различные факторы среды. Чтобы понять особенности сократительной деятельности матки, необходимо знать структуру, механизм возбуждения и сокращения отдельных клеток, процессы клеточной саморегуляции.

Под влиянием эстрогенов повышается рецепторная чувствительность матки, афферентная нервная система матки оказывается подготовленной к восприятию сигналов, характеризующих не только функциональный уровень органа в данный момент, но и его изменения в связи с жизнедеятельностью плода.

Повышение симпатической активности матки, обусловленное повышенным выбросом катехоламинов при стрессе, приводит к стимуляции адренорецепторов, действие которых моделируется множеством гормонов. В первую

очередь, необходимо отметить сексуальстероиды (эстрогены, гестагены), а также окситоцин и простагландины: а-адренорецепторы чувствительны к эстрогенам, b-адренорецепторы – к прогестерону. Посредством деятельности адренорецепторов осуществляется васкуляризация, сократительная активность матки и ее релаксация.

В наших исследованиях интерес направлен на изучение физиологических и психических аспектов состояния беременных женщин, т.к. с помощью оптимизации психологического и физиологического состояния женщин во время беременности мы претендуем на облегчение периода вынашивания и родов как для самих женщин, так и на улучшение периода внутриутробного развития для их детей, уменьшения влияния стрессовых факторов.

В психотерапевтической практике существуют методы реабилитации, где пациенты излечиваются и добиваются улучшений, опираясь на информацию и опыт, запечатленные в бессознательной части их психики. Здесь им приходится переживать кризисные моменты, которые они не помнят на уровне сознания, но которые хранятся в сфере их бессознательного. Следует отметить, что такая память у человека присутствует практически с зачатия. Ни для кого не секрет, что внутриутробное развитие плода, рождение ребенка имеют неизмеримо большое значение для последующей жизни человека. В процессе психотерапевтического лечения пациенты продуцируют символические образы, связанные с периодом внутриутробного развития и процессом рождения, которые поступают в сферу сознания из бессознательного. Об истоках этих образов нами будет сказано ниже.

Для иллюстрации этой точки зрения мы воспользовались теорией, предложенной С. Грофом. В работе со своими пациентами он выделяет перинатальный уровень бессознательного. Он говорит об эмоционально-психическом опыте пациентов, проявляющемся в четырех типичных паттернах переживаний, которые строго соответствуют четырем клиническим стадиям биологического рождения.

В своей глубинной психотерапевтической работы он постулировал существование гипотетических динамических матриц, управляющих процессами, относящимися к перинаталь-

ному уровню бессознательного, и назвал их базовыми перинатальными матрицами (БПМ). Элементы важных систем конденсированного опыта (СКО) биографического уровня, включающих физическое насилие и жестокое обращение, угрозы, разлуки, боль и гипоксию, тесно связаны со специфическими аспектами БПМ. Перинатальное развертывание часто ассоциируется и с разнообразными трансперсональными элементами – такими, как архетипические видения Великой Матери, мифологических и исторических сцен, идентификация с животными и опыт прошлых воплощений. Как и в различных слоях СКО, связующее звено здесь – одинаковое качество эмоций, телесных ощущений и схожие обстоятельства.

Каждая БПМ имеет свою биологическую основу.

Первая перинатальная матрица (БПМ-1). Биологической основой этой матрицы является опыт исходного симбиотического единства плода с организмом матери во время внутриматочного существования. В периоды безмятежной жизни в матке (внутриутробный период) условия для ребенка почти идеальны. Ребенок со всех сторон окружен жидкостью, что дает ему ощущение безграничности среды вокруг него, полной безопасности и покоя. Отсюда понятно возникновение в будущем у уже взрослых пациентов С. Грофа образов природы в ее лучших проявлениях, эти картины прекрасные, мирные, изобильные, и они вполне логичным образом сопутствуют блаженному состоянию ребенка в утробе. Безмятежное внутриматочное состояние может сопровождаться переживаниями, для которых свойственно отсутствие границ и препятствий – например, океаническое сознание, водные формы жизни (кит, рыба, медуза и др.) или пребывание в межзвездном пространстве.

Однако некоторые физические, химические, биологические и психологические факторы способны серьезно изменить и осложнить условия внутриутробной жизни плода. При этом в третьем триместре беременности ситуация скорее всего будет менее благоприятной – из-за крупных размеров плода, усиления механического сдавливания или функциональной недостаточности плаценты.

Нарушения внутриматочной жизни ассоциируются с образами и переживаниями подводных опасностей, загрязненных потоков, зараженной или враждебной природной среды, подстерегающих демонов. На смену мистическому растворению границ приходит их психическое искажение с параноидальными оттенками.

Позитивные аспекты БПМ-1 тесно связаны с воспоминаниями о симбиотическом единстве на груди у матери, с позитивными СКО и с восстановлением в памяти ситуаций, связанных со спокойствием духа, удовлетворенностью, раскрепощенностью, прекрасными пейзажами. И, наоборот, негативные аспекты БПМ-1 ассоциируются с определенными негативными СКО и соответствующими негативными трансперсональными элементами.

Из вышесказанного закономерно вытекает, что забота о психологическом состоянии матери, а через нее и о плоде имеет большое значение для ребенка и его последующего развития. Ведь негативная информация, так же, как и позитивная, закрепляется в опыте человека и остается с ним на всю оставшуюся жизнь.

Кроме того, на условия внутриутробного существования плода влияет последовательная смена доминантных установок. Гестационная доминанта приходит на смену доминанте зачатия и необходима для нормального течения беременности. Согласно А. А. Ухтомскому (1950), доминанта есть временно существующая рефлекторная система, захватывающая один или несколько отделов мозга, навязывающая работу нервным центрам в данный момент и определяющая вектор поведения.

Показано, что нормальная доминанта беременности связана с высокой активностью левого полушария. Таким образом, превалирование активации правого полушария или отсутствие межполушарной асимметрии позволяют прогнозировать осложнения беременности (Батуев А. С. И соавт., 1997).

Гестационная доминанта обладает индивидуальными характеристиками у каждой женщины. Психологический компонент гестационной доминанты (ПКГД) представляет собой совокупность механизмов психической саморегуляции. Они включаются у женщин при возникновении беременности и направлены на

сохранение гестации и создание оптимальных условий для развития будущего ребенка, а также на формирование отношения женщины к своей беременности, ее поведенческих стереотипов (Добряков И. В., 2001). Выделено 5 типов ПКГД: оптимальный, гипогестогнозический, депрессивный, тревожный и эйфорический.

Можно предположить, что основной причиной осложнений беременности является нарушение последовательной смены доминанты зачатия на доминанту беременности, вследствие чего психологический компонент гестационной доминанты формируется вслед за физиологическим. Следовательно, именно эта группа женщин требует обязательной психологической помощи.

Вторая перинатальная матрица (БПМ-2). Этот эмпирический паттерн относится к самому началу биологического рождения, к его первой клинической стадии. Здесь исходное равновесие внутриматочного существования нарушается вначале тревожными химическими сигналами, а затем мышечными сокращениями. При полном разворачивании этой стадии плод периодически сжимается маточными сокращениями, шейка матки начинает сглаживаться и раскрываться, но выхода еще нет.

В образном представлении взрослых пациентов символическим спутником начала родов служит переживание космической поглощенности. Оно состоит в непреодолимых ощущениях возрастающей тревоги и в осознании надвигающейся смертельной опасности (здесь и далее правомерно экстраполировать переживания взрослых пациентов на переживания плода, т.к. он так же наделен психикой и способен к ощущениям). Источник опасности ясно определить невозможно, и индивид склонен интерпретировать окружающий мир в свете параноидальных представлений. Очень характерны для этой стадии переживания трехмерной спирали, воронки или водоворота, неумолимо затягивающих в центр. Эквивалентом такого сокрушительного вихря является состояние человека, в котором он чувствует, как его пожирает страшное чудовище, например гигантский дракон, питон, крокодил или кит. В менее драматичном варианте то же испытание про-

является как спуск в опасное подземелье, систему гротов или таинственный лабиринт. Повидимому, в мифологии этому соответствует начало путешествия героя; родственные религиозные темы – падение ангелов и изгнание из рая. Для аналитического ума эти образы и символы могут показаться странными и надуманными, но каждый из нас хотя бы раз в жизни мог ощутить на себе влияние такого рода опыта, т.к. каждый пережил процесс рождения. Это могло проявиться в возникновении необъяснимой тревоги, появившейся во вроде бы благоприятных обстоятельствах, либо в переживаниях, связанных со сновидениями и т.д.

Символическим выражением проявившейся полностью первой клинической стадии родов становится опыт отсутствия выхода или ада. Он включает чувство увязания или пойманности в кошмарном клаустрофобическом мире и переживание необычайных душевных и телесных мучений. Находясь под влиянием этой матрицы, индивид избирательно слеп ко всему положительному в мире, в своем существовании.

А в сочетании с имеющимися патологическими изменениями в организме матери в виде гормонального и иммунологического дисбаланса, повышения АД, изменения функционирования других органов и систем, количество стрессовых факторов для плода увеличивается в геометрической прогрессии.

Третья перинатальная матрица (БПМ-3). Многие важные аспекты этой сложной матрицы переживаний можно понять по ее отношению ко второй клинической стадии биологических родов. Эта стадия характеризуется продолжением сокращений матки, но шейка матки уже раскрыта, и это позволяет плоду постепенно продвигаться по родовому каналу. Под этим кроется отчаянная борьба за выживание, сильнейшее механическое сдавливание, часто высокая степень гипоксии. На конечной стадии родов плод может испытывать непосредственный контакт с такими биологическими материалами, как кровь, моча и даже кал.

На эмпирическом плане эта схема несколько усложняется и разветвляется. Наряду с истинными, реальными ощущениями аспектов борьбы в родовом канале, сюда еще добавляет-

ся и набор тематических явлений, как элементы титанической битвы, садомазохистские переживания, столкновение с огнем и др. Все это происходит в контексте неуклонной борьбы смерти-возрождения. Титанический аспект совершенно понятен, если учесть задействованные на этой стадии рождения чудовищные силы. Нежная головка ребенка втискивается в узкую тазовую полость маточными сокращениями. В более мягкой форме этот паттерн включает опасные приключения – охоту, схватки с дикими животными, увлекательные исследования, освоение новых земель.

Символ огня в переживаниях пациентов наиболее труден для понимания. С точки зрения С. Грофа соответствующим ему биологическим компонентом может быть кульминационная сверхстимуляция новорожденного беспорядочной «пальбой» периферических нейронов. Интересно, что аналогичный опыт выпадает и на долю роженицы. На этой стадии у нее возникает ощущение, что ее влагалище охвачено огнем. Классическим символом перехода от БПМ-3 к БПМ-4 является легендарная птица Феникс, прежнее тело которой сгорает в огне, а новое восстает из пепла и взмывает к солнцу. С. Гроф упоминает опыт идентификации с птицей Феникс на переходе от БПМ-3 к БПМ-4, происходившем во время ЛСД-сеанса с высокой дозой: феникс – очень удачный символ смерти-возрождения, так как он подразумевает смерть в огне, рождение нового и движение к источнику света. Но здесь уже отсутствуют характеристики состояния безысходности, и сам переживающий не беспомощен, он – активный наблюдатель.

Четвертая перинатальная матрица (БПМ-4). Эта перинатальная матрица по смыслу связана с третьей клинической стадией родов, в которой процесс борьбы за рождение завершается, продвижение по родовому каналу достигает кульминации, и за пиком боли, напряжения следует внезапное облегчение и релаксация. Ребенок родился и после долгого периода темноты впервые сталкивается с ярким светом дня (или операционной). После отсечения пуповины прекращается телесная связь с матерью, и ребенок вступает в новое существование как анатомически независимый индивид.

Как и в других матрицах, некоторые относящиеся к этой стадии переживания представляют точную имитацию реальных биологических событий, произошедших при рождении, а кроме того, – специальных акушерских приемов. По понятным причинам этот аспект БПМ-4 намного богаче, чем конкретные элементы, испытанные в контексте других матриц.

Кроме того, специфические детали высвобождающегося материала бессознательного легко поддаются верификации. Речь идет о подробностях механизма рождения, об использовавшейся анестезии, о способе ручного и инструментального родовспоможения и о деталях послеродового опыта и ухода за новорожденным.

Парадоксально, что, находясь буквально на пороге освобождения, индивид ощущает приближение катастрофы огромного размаха. У пациентов возникает (это происходит на ЛСД-сеансах) чувство полного уничтожения, аннигиляции на всех мыслимых уровнях, то есть физической гибели, эмоционального краха, интеллектуального поражения, окончательного морального. Нетрудно представить себе, что переживает в этот момент родов ребенок, насколько глубоки и насыщены его переживания и ощущения. Однако за переживанием полной аннигиляции и «прямого попадания на самое дно космоса» немедленно следует видение ослепительного белого или золотого света сверхъестественной яркости и красоты. Его можно сопоставить с изумительными явлениями архетипических божественных существ, с радугой или с замысловатым узором павлиньего хвоста. В этом случае также могут возникать видения пробуждения природы весной, освежающего действия грозы или бури. Человек испытывает глубокое чувство духовного освобождения или спасения. Это сопровождается потоком положительных эмоций в отношении самого себя, других или существования вообще. Мир кажется прекрасным и безопасным местом, а интерес к жизни отчетливо возрастает.

Этот этап является завершающим. После всего пережитого за этот сравнительно небольшой период времени ребенок получает награду – облегчение, состояние удовлетворения, а главное – жизнь. Но эта жизнь уже не похожа на ту,

что была в утробе матери. Ребенок видит предметы, лица, слышит доносящиеся до него, ставшие такими близкими, звуки. Ему предстоит многое узнать и понять, стать личностью. Тот опыт, который он пережил, становится его собственностью и сопровождает его всю жизнь, влияет на его характер и поведение.

### Литература

1. Абрамченко В.В., Аржанова О.Н., Чудинов Ю.В., Гиршович В.В., Чхеидзе А.Р. Оценка свойств нервной деятельности у беременных и рожениц // XI Всесоюзная конференция по физиологии и патологии кортиковисцеральных взаимоотношений, посвященная 50-летию отдела физиологии висцеральных систем им. акад. Быкова. – Л., 1981. – С. 39.
2. Абрамченко В.В., Багрунов В.П. Первый опыт применения новой психоакустической технологии беременными с целью положительного влияния на психическую сферу будущего новорожденного // Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей: Сб. матер. конф. по перинат. психологии / Институт акушерства и гинекологии РАМН им. Д.О. Отта. – СПб., 2000. – С. 15.
3. Абрамченко В.В., Господенок Е.А., Спивак Д.Л. Психологические аспекты изменений состояний сознания при физиологических родах // Перинатальная психология и медицина: Материалы конференции по перинатальной психологии, Санкт-Петербург, 25-27 мая 2001 г. / Институт акушерства и гинекологии РАМН им. Д.О. Отта. – СПб., 2001. – С. 79–81.
4. Абрамченко В.В., Каплун И.Б., Толкалов А.В. Особенности психосоматического статуса у беременных при гестозе // Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей: Сб. матер. конф. по перинат. психологии / Институт акушерства и гинекологии РАМН им. Д.О. Отта. – СПб., 2000. – С. 27.
5. Абрамченко В.В., Коваленко Н.П. Перинатальная психология: Теория, методология, опыт. – СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2001. – 348 с.
6. Аржанова О.Н., Чудинов Ю.В., Абрамченко В.В. Адренергическая система при беременности и в родах // Акушерство и гинекология. – 1985. – №8. – С. 3–5.
7. Гроф С. За пределами мозга. – М., 1993.
8. Добряков И.В. Психотерапия и перинатальная психология знаний // Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей: Сб. матер. конф. по перинат. психологии / Институт акушерства и гинекологии РАМН им. Д.О. Отта. – СПб., 2000. – С. 11.
9. Захаров А.И. Инстинкт материнства (эволюционный аспект) // Перинатальная психология и медицина: Материалы конференции по перинатальной психологии, Санкт-Петербург, 25-27 мая 2001 г. / Институт акушерства и гинекологии РАМН им. Д.О. Отта. – СПб., 2001. – С. 54–60.
10. Каплун И.Б., Абрамченко В.В. Особенности психосоматического статуса беременных женщин // Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей: Сб. матер. конф. по перинат. психологии / Институт акушерства и гинекологии РАМН им. Д.О. Отта. – СПб., 2000. – С. 16.
11. Коваленко Н.П. Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности и родов: Перинатальная психология, медико-социальные проблемы. – СПб., 2002. – 318 с.
12. Коваленко-Маджуга Н.П. Перинатальная психология: Издание второе, дополненное. – СПб., 2001. – 214 с.
13. Судаков К.В. Системные механизмы эмоционального стресса // Нервные и эндокринные механизмы стресса: Сб. тр. – Кишинев: Штиинца, 1980. – С. 173–184.
14. Фурдуй Ф.И. Современные представления о физиологических механизмах развития стресса // Механизмы развития стресса. – Кишинев: Штиинца, 1987. – С. 8–33.
15. Kagan A., Levi L. Psychosocial factors, stress and disease // Emotion and reproduction: 5-th International Congress of Psychosomatic obstetrics and Gynecology / Ed. By L. Canenza, L. Zichella. – London: Academic Press, 1979. – v.20A. – P. 7–11.

Поступила 26.09.2003 г.

Принята в печать 26.12.2003 г.